



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**Grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente
para la sífilis congénita en gestantes con sífilis
atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal
2010-2014**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Miluska Daryl CONDE PIZARRO

ASESOR

Jenny Elenisse ZAVALETA LUJÁN

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Conde M. Grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente para la sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: CONDE PIZARRO MILUSKA DARYL

Cuyo título es: GRADO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN PRENATAL INSUFICIENTE PARA LA SÍFILIS CONGÉNITA EN GESTANTES CON SÍFILIS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2010-2014. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

.....Buena.....

.....Diseño..... 16

DR. JUAN AURELIO OBANDO RODRÍGUEZ
C.M.P. 14289
PRESIDENTE

LIC. EDITA R. CUYA CANDELA
C.O.P. 1266
MIEMBRO

LIC. NELLY MARIA ESPERANZA BARRANTES CRUZ
C.O.P. 1266
MIEMBRO

LIC. JENNY ELENISSE ZAVALA LUJAN
ASESOR (A)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Dra. ZAIDA ZABACETA GUEVARA
DIRECTORA
E.A.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 17 de marzo del 2016

AGRADECIMIENTO

A Dios y a las dos personas más importantes que me dieron la vida, mi padre Jaime Conde y a mi adorada madre Matilde Pizarro.

A mis hermanos por haberme brindado incondicionalmente su apoyo y confianza a lo largo de mi carrera.

Al Obst. Jenny Elenisse Zavaleta Luján, por su orientación y paciencia a lo largo de mi proyecto, gracias a ella pude finalizar con éxito esta investigación. Además a cada uno de los catedráticos por infundir en mí sus enseñanzas y fortalecer mis conocimientos en todos estos cinco años.

A todos los grandes maestros del Instituto Nacional Materno Perinatal: médicos, obstetras, por su contribución en la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por guiar mis pasos y cuidarme en todo momento de mi corta vida.

A mi familia, que siempre me apoyo y brindó su cariño en todo momento

A esa persona especial que ahora está a mi lado y al igual que mi familia impulsándome en todo momento.

Y a todas las personas que hicieron posible la culminación de esta esperada tesis.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MÉTODOS	21
2.1 Tipo de investigación	21
2.2 Diseño	21
2.3 Población	21
2.4 Muestra	21
2.5 Variables	22
2.6 Técnicas e instrumentos	22
2.7 Procedimientos y análisis de datos	23
2.8 Consideraciones éticas	24
3. RESULTADOS	25
4. DISCUSIÓN	31
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
5.1 Conclusiones	34
5.2 Recomendaciones	35
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
7. ANEXOS	40
Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos	40
Anexo N° 2: Operacionalización de variables	41
Anexo N° 3: Matriz de consistencia	42
Anexo N° 4: Ficha de Juicio de Expertos	43

RESUMEN

Introducción: la sífilis durante la gestación es una problemática de salud pública debido a su capacidad de transmisión de una madre infectada a su hijo, durante cualquier momento del embarazo, lo que puede originar elevadas tasas de mortalidad perinatal e infantil.

Objetivo: determinar el grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente para sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014.

Diseño: estudio observacional, caso – control y retrospectivo.

Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal.

Participantes: ingresaron al estudio 33 pacientes con sífilis gestacional atendidas en el INMP durante el periodo 2010-2014.

Intervenciones: para el estudio se utilizó muestreo no probabilístico. Para evaluar el riesgo de los factores propuestos se calculó la medida de Odds Ratio (OR), con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: de las 33 gestantes con sífilis se tuvo 25 casos de sífilis congénita, entre las principales características generales de aquellas gestantes con hijos con sífilis congénita se encontró que el 24% tenía ≤ 20 años, antecedente de drogas (8%), parejas sexuales ≤ 2 (68%), inicio de relaciones sexuales ≤ 15 años de edad (28%), antecedente de alguna infección de transmisión sexual (ITS) (20%) y la vía del parto fue vaginal principalmente (84%). En el análisis de la atención prenatal se evidenció que la falta de periodicidad de la atención prenatal (OR: 2,21), diagnóstico tardío (OR: 10,5) y tratamiento incompleto (OR: 72) son factores de riesgo para la sífilis congénita en madres con sífilis gestacional. No se encontró relación entre la atención prenatal < 4 y el inicio tardío de las consultas prenatales con la sífilis congénita. Se observó que en el 88% de los casos con sífilis congénita, no se brindó tratamiento para sífilis a los contactos.

Conclusiones: la atención prenatal insuficiente en las gestantes con sífilis ha evidenciado constituir un grado de riesgo importante para sífilis congénita, cuando esta se relaciona con la falta de periodicidad de la atención prenatal.

Palabras claves: sífilis congénita, atención prenatal, gestante.

ABSTRACT

Introduction: syphilis during pregnancy is a public health problem due to its transmission capacity, from an infected mother to her child during any stage of pregnancy; which can lead to high rates of infant and child mortality.

Objective: To determine the degree of risk of inadequate prenatal care for congenital syphilis in pregnant women with syphilis treated at the “Instituto Nacional Materno Perinatal” from 2010 to 2014.

Design: observational, case - control and retrospective.

Location: “Instituto Nacional Materno Perinatal”.

Participants: were included in the study 33 patients with gestational syphilis treated at the “INMP” during 2010-2014.

Interventions: for the study non-probability sampling was used. To assess the risk of proposed factors, the measure of Odds Ratio (OR) was calculated with a confidence level of 95%.

Results: Of the 33 pregnant women with syphilis 25 cases of congenital syphilis was among the main general characteristics of those pregnant women with children with congenital syphilis was found that 24% had ≤ 20 years history of drug (8%), sexual partners ≤ 2 (68%), first sexual intercourse ≤ 15 years of age (28%), history of a sexually transmitted infection (STI) (20%) pathway was primarily vaginal delivery (84%). In the analysis of prenatal care was evident that the lack of frequency of prenatal care (OR: 2.21), late diagnosis (OR: 10.5) and incomplete treatment (OR: 72) are risk factors for congenital syphilis in mothers with gestational syphilis. No relationship between prenatal care <4 and the late onset of prenatal visits with congenital syphilis was found. It was observed that in 88% of cases with congenital syphilis, no treatment for syphilis was provided contacts.

Conclusions: Inadequate prenatal care in pregnant women with syphilis has shown constitute a significant degree of risk for congenital syphilis; when this is related to the lack of frequency of antenatal care.

Keywords: congenital syphilis, prenatal care, pregnant women.

1. INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual, causada por la espiroqueta llamada *Treponema pallidum*; prevenible que continúa siendo una amenaza global a la salud ya que causa alrededor de 12 millones de infecciones cada año. Su transmisión es predominantemente sexual y sus manifestaciones son variadas, sin embargo muchas veces es asintomática o con síntomas no reconocidos.^(1, 2) Una de sus presentaciones es la sífilis gestacional definida como aquella que se diagnostica durante la gestación, el postaborto o el puerperio inmediato y puede encontrarse en cualquiera de sus fases.⁽¹⁾

A nivel mundial, la epidemiología de la sífilis en el embarazo es variable, las estimaciones han demostrado la distribución en Asia 603 209 (44,3%), África 535 203 (39,3%), América 106 500 (7,8%), en el Pacífico 53 825 (4%), en el Mediterráneo 40 062 (3%) y en Europa 21 602 (1,6%).⁽³⁾ En la región de las Américas, exceptuando Estados Unidos de América y Canadá, se calcula que se producen unos 460 mil casos de sífilis gestacional, y un número anual de sífilis congénita que oscila entre 164 mil y 344 mil casos.⁽⁴⁾ Esta realidad no es ajena al Perú, ya que actualmente la prevalencia de sífilis durante el embarazo es en promedio del 1,4% y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de 3,6 casos por 1 000 nacidos vivos; cifras que sobrepasan lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud.⁽⁵⁾

En la actualidad, la sífilis es un tema importante para la salud pública debido a su capacidad de transmisión de una madre infectada a su hijo, durante cualquier momento del embarazo, lo que puede originar elevadas tasas de mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años. El 50% de los casos producirá abortos, mortinatos, partos prematuros y muertes neonatales, manifestándose en el 50% restante como sífilis congénita.^(6, 7) Al encontrarse la madre en fases primarias o secundarias de la enfermedad la probabilidad de infección fetal es cercana al 70% reduciéndose al 30% durante las etapas tardías de la infección materna (sífilis latente tardía y terciaria).⁽⁶⁾

La sífilis congénita es un reto de salud pública debido al aumento de su incidencia a pesar de ser una enfermedad de fácil prevención, diagnóstico y tratamiento;

este aumento está asociado a desigualdades sociales y la carente cobertura de atención prenatal ofrecida en algunos sectores de la población, destacando como factor clave de ineficiencia la falta de solicitud de realización del examen serológico durante la atención prenatal y la falta de seguimiento en mujeres con diagnóstico confirmado.⁽⁸⁾ Para eliminar la sífilis congénita de la lista de enfermedades que generan discapacidad permanente, es necesario el desarrollo de acciones durante el control prenatal, hacer búsqueda activa de las mujeres embarazadas con sífilis y proporcionar tratamiento completo y oportuno.⁽⁹⁾

Considerando la problemática actual de la sífilis durante el embarazo, la presente investigación tiene el propósito de determinar el grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente para sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, centro de referencia a nivel nacional en la salud materno infantil, lo que permitirá cuantificar las atenciones prenatales que reciben las gestantes y conocer el nivel de riesgo de transmisión vertical que implica para la gestante con sífilis. Además, se destacará la importancia de la atención prenatal en el manejo de la sífilis gestacional optimizando su intervención y la minimización de los efectos perjudiciales que a mediano o largo plazo traen consigo en el desarrollo del niño con sífilis; ya sea en los costos asociados al tratamiento, así como a brindar una atención oportuna evitando mayores repercusiones en su calidad de vida.

En el marco de la investigación se realizó una búsqueda de estudios relacionados al tema, a nivel internacional se encontró los siguientes estudios:

Franca, I., Batista, J., Coura, A., Oliveira, C., Araújo, A., Sousa, F., en el 2015 elaboraron una investigación en Brasil titulada “Factors associated to the notification of congenital syphilis: an indicator of quality of prenatal care” con la finalidad de analizar los factores asociados a la notificación de la sífilis congénita. Para ello elaboró un estudio transversal, documental y cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 113 casos de pacientes reportados con sífilis congénita. Los resultados arrojaron que el 80,2% de las mujeres recibieron atención prenatal, la prueba serológica fue antes de los seis meses de gestación (46,7%) y después de los seis meses (53,3%). Hubo una asociación para la raza ($p=0,005$) y la

realización de la prueba serológica ($p=0,044$). El tratamiento de la mujer embarazada fue insuficiente (64,5%) y la pareja no fue tratada (85,7%). Concluyeron que el número de casos estuvo creciendo, aumentando la posibilidad de los niños con secuelas graves, por lo que aún se necesita mejoras en la atención prenatal.⁽⁹⁾

Garlow, M., Holmer, H., Gastal, E., en el 2015 realizaron un estudio en Brasil titulado “Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis” con el fin de evaluar la frecuencia de la sífilis congénita y su recurrencia en los embarazos posteriores. La muestra la formaron 450 mujeres embarazadas con serología positiva. La sífilis congénita (SC) se observó en el 81,9% de los embarazos precoces, la recurrencia de la SC era común en embarazos sucesivos en el mismo paciente. La ausencia o insuficiencia de la atención prenatal fue el principal factor de riesgo para la SC, tanto en los primeros embarazos y en la posterior. El estudio concluyó que la falta de información sobre el tratamiento previo a la enfermedad fue una causa importante en el desarrollo de la sífilis congénita.⁽¹⁰⁾

Qin, J., Feng, T., Yang, T., Hong, F., Lan, L., Zhang, en el 2014 publicaron un estudio en China titulado “Risk factor for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: a prospective nested case-control study” con el objetivo de abordar los factores de riesgo personales y programáticos para la sífilis congénita (SC). El estudio fue de casos y controles conformada por 838 mujeres embarazadas con sífilis. Entre los resultados obtenidos, el 8,2% de los niños nacidos de madres con sífilis fueron diagnosticados con SC. Por otra parte, la etapa de la sífilis ($OR=21,56$), el tiempo transcurrido entre el primer tratamiento y el parto ($OR=11,93$), la atención prenatal ($OR=0,11$) y el tratamiento completo ($OR=0,2$) estuvieron asociados con la SC. Concluyeron que la sífilis era una causa importante de la pérdida del embarazo y la discapacidad infantil, particularmente entre las mujeres que no recibieron atención prenatal o un tratamiento inadecuado.⁽¹¹⁾

Qin, J., Feng, T., Yang, T., Hong, F., Lan, L., Zhang, C, en el 2014 realizaron una investigación en China titulada “Maternal and paternal factor associated with

congenital syphilis in Shenzhen, China: a prospective cohort study” con el objetivo de investigar los factores maternos y paternos asociados con la sífilis congénita (SC). Por lo que se elaboró un estudio de cohorte prospectivo con una muestra de 360 gestantes con sífilis. Al final del seguimiento los resultados indicaron que 34 lactantes fueron diagnosticados con SC, la edad promedio de las madres fue $29 \pm 4,6$ años, el 22,0% no estaban casadas; por otro lado la atención prenatal ($OR=0,12$) y el tratamiento completo ($OR=0,22$) redujeron el riesgo de los niños de ser infectado. La investigación concluye que el tratamiento temprano a las mujeres con sífilis durante la atención prenatal puede ser el único método eficaz para disminuir el riesgo de SC.⁽¹²⁾

Da Silva, I., Santana, R, en el 2014 publicaron un estudio en Brasil titulado “Congenital syphilis in the state of Rio Grande do Norte: a descriptive study in the period 2007-2010” con el objetivo de describir la incidencia y el perfil de los casos notificados de sífilis congénita en el estado de Rio Grande do Norte. Decidieron realizar un estudio descriptivo con un tamaño de muestra de 598 casos reportados de sífilis congénita con tasas de incidencia de 2,7% y 0,9% por cada 1000 nacidos vivos para los años 2007 y 2010 respectivamente. En los resultados se observó que la mayoría de los informes eran de madres que tenían hasta 8 años de educación (65%), el 72,2% habían recibido atención prenatal y el 41% de los recién nacidos fueron diagnosticados con sífilis. El estudio concluye que se debe dar especial atención al personal de salud de los profesionales que realizan control prenatal, ofreciéndoles la formación adecuada y seguimiento de las actividades ya que esta variable se asocia con la prevención de la sífilis congénita.⁽¹³⁾

Fonseca, S., Oliveira, L. M., Almeida, N. M., Silva, K. S., & Kale, P. L, en el 2013 realizaron una investigación en Brasil titulado “Incidence of congenital syphilis in a metropolitan region of Rio de Janeiro state: social inequalities” con el objetivo de describir la sífilis congénita en hospitales de la región metropolitana de Río de Janeiro. La muestra estuvo conformada por 666 mujeres, se identificaron 22 casos de CS, de los cuales 18 nacieron vivos, hubo tres muertes fetales y 1 aborto. Las variables educación, bajos ingresos y la raza negra, estaban relacionados con una mayor incidencia. Sólo 13 de los 22 casos fueron

identificados en la atención prenatal, el 22,7% de las madres realizaron ≤ 3 visitas prenatales, el 39,9% de 4 a 6 visitas y el 36,3% más de 7 visitas, pero no se observó asociación significativa. El estudio concluye que las desigualdades sociales influyen en la incidencia de la sífilis congénita y la atención prenatal con las variables socioeconómicas.⁽¹⁴⁾

Matos, C., Pérez, L, en el 2013 elaboraron un estudio en Colombia titulado “Sífilis congénita en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, 2006-2007” con el objetivo de caracterizar los casos de sífilis congénita (SC) atendidos en el Hospital Santander. El estudio fue de tipo prospectivo de corte transversal y se analizaron a 1409 neonatos. En los resultados se observó que el promedio de la edad materna fue de $23 \pm 5,6$ años, se presentaron 36 recién nacidos con SC. En 12 casos (33.3%) las madres no realizaron control prenatal. El diagnóstico de sífilis fue hecho en el tercer trimestre del embarazo en 15 casos (41,7%) y 14 (38,9%) en postparto, el 47,2% de las madres no recibió tratamiento durante el embarazo. Concluyeron que para modificar la incidencia de la SC es necesario mejorar la calidad del control prenatal, garantizar el acceso y captación de las gestantes de manera oportuna.⁽¹⁵⁾

García, L., Almanza, R., Miranda, C., Gaviria, J., Julio, J., Paternina, M., Suárez, L, en el 2011 publicaron una investigación en Colombia, titulada “Factores de riesgo asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia)” con el objetivo de identificar los factores de riesgo para sífilis congénita, relacionados con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, las prácticas sexuales de la madre y su pareja, la asistencia al control prenatal, tratamiento para sífilis y vía del parto, en un grupo de 34 púerperas. Se desarrolló un estudio descriptivo y de corte, donde se encontró que la mayoría de las madres no alcanzaron un nivel de educación media; 68,0% tenía entre 16 y 24 años de edad, 55,8% de los compañeros sexuales no se hizo la prueba para el diagnóstico de Sífilis y 88,2% no usó preservativo antes ni durante el tratamiento. El estudio concluye que la inasistencia o la asistencia irregular a las consultas prenatales y la poca adherencia a las medidas de protección sexual por parte de la pareja, fueron aspectos que interfirieron con un tratamiento eficaz de las gestantes. Los contactos de las madres infectadas y tratadas no están siendo

diagnosticados en un alto porcentaje, lo que refleja una falla en el seguimiento a los contactos de las gestantes para evitar la reinfección.⁽¹⁶⁾

Revollo, R., Tinajeros, F., Hilari, C., García, S., Zegarra, L., Díaz, C, en el 2007 desarrollaron un estudio en Bolivia, titulado “Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia” con el objetivo de calcular las frecuencias de sífilis materna y congénita, transmisión del agente etiológico de la madre al recién nacido, y variables asociadas con la enfermedad, en seis hospitales públicos en Bolivia. Se realizó un estudio transversal en 18 pacientes con diagnóstico confirmado de sífilis. La prevalencia de sífilis entre 1 594 mujeres postparto fue de 7,2%, con una proporción de transmisión de infección de madres a recién nacidos de 15,7%. La prevalencia de sífilis congénita por serología fue de 1,1%; el 94% de estos neonatos no presentaron sintomatología. A pesar de una cobertura de control prenatal de 70.5% en Bolivia, aún existen mujeres que acuden directamente al parto institucional sin contar con tamizaje previo para sífilis con pruebas de rutina. El bajo nivel de instrucción formal (≤ 8 años) en ambos padres y no asistir a control prenatal se asociaron con sífilis congénita. Los autores concluyen que es importante fortalecer las estrategias de diagnóstico temprano de sífilis durante el embarazo, utilizando pruebas rápidas para contribuir a la prevención de la sífilis congénita y materna.⁽¹⁷⁾

En nuestro contexto nacional solo se encontró el estudio publicado de Aguilar, R. en el año 2014 realizaron una investigación en Perú titulada “Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013” con el objetivo de determinar los factores de riesgo, además de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo donde se realizó la revisión de las historias clínicas de 62 gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis. La prevalencia de sífilis en gestantes fue de 0,77% por cada 100 gestantes atendidas en el HSJL. En cuanto a los factores sociodemográficos la mayoría de pacientes con sífilis tenía entre 20 a 35 años de edad equivalente a 64,5%. El 87,1% de las gestantes acudió al hospital en el tercer trimestre, un 61,5% tuvo entre 1 a 5 controles prenatales, el 67,7% de los casos el diagnóstico de sífilis fue en el puerperio inmediato; un 69,4% tuvo entre 2 a 3 parejas

sexuales, un 30.6% tuvo antecedente de ITS, un 74,2% nunca uso preservativos y el 32,3% de ellas consumió algún alucinógeno antes o durante la gestación. Se concluye que la mayoría acudió a su primer control prenatal (CPN) en el III trimestre, incluso en el trabajo de parto y más de la mitad de los casos de sífilis gestacional fueron diagnosticados en el puerperio, sucesos que interfieren en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la sífilis. ⁽¹⁸⁾

En el Instituto Nacional Materno Perinatal no se encontraron experiencias publicadas sobre atención prenatal insuficiente como factores de riesgo para sífilis congénita.

La sífilis es definida por la Organización Panamericana de la Salud como una enfermedad sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, tiene un período de incubación de 10 a 90 días con un promedio de tres semanas. Se transmite principalmente durante las relaciones sexuales y a veces también por contacto con las lesiones o por transfusión de sangre cuando el donante está en fase temprana de la enfermedad. Esta patología está caracterizada clínicamente por presentar una lesión primaria, una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas, por largos períodos de latencia y lesiones tardías tanto en la piel como a los huesos, vísceras, sistema nervioso central y cardiovascular. ⁽¹⁹⁾

En esta investigación, un caso de sífilis congénita se definió como cada producto del parto (nacido vivo o mortinato) de una mujer con prueba serológica positiva para sífilis en el momento del parto que no recibió un tratamiento adecuado durante el embarazo. Es sabido además que la sífilis congénita puede ser asintomática, especialmente en las primeras semanas de la vida. ^(19, 20)

La transmisión usualmente es transplacentaria, pero puede ocurrir por contacto con una lesión genital al momento del parto. Aunque la infección congénita puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, es más frecuente a medida que aumenta la edad gestacional. Se sabe también que el mayor riesgo de transmisión depende de los estadios de sífilis: primaria y secundaria (50%) y latente temprana (40%), y es menor en la sífilis latente tardía (10%) y terciaria (10%). ⁽²¹⁾

La mayoría de estos casos corresponde a madres no tratadas o inadecuadamente tratadas, y un menor porcentaje de madres tratadas adecuadamente pero sin buena respuesta serológica. Se debe tener en cuenta que en el recién nacido el diagnóstico de sífilis congénita basado en las pruebas no treponémicas y treponémicas es difícil, pues en el embarazo la transferencia placentaria de la madre al feto fue tanto de anticuerpos (IgG) no treponémicos como treponémicos; lo cual complica la interpretación de exámenes serológicos reactivos o positivos que se pudieran realizar al recién nacido, de tal forma estas pruebas no confirman ni descartan la sífilis congénita. Es así que los resultados pueden ser negativos si la madre presenta títulos bajos o si fue infectada al final de la gestación, o pueden ser positivos pero con la posibilidad de haber transferido anticuerpos IgG al feto. Por todo lo anteriormente descrito, no se recomienda la realización sistemática de las pruebas treponémicas en el neonato. Actualmente lo que se requiere son pruebas específicas para anticuerpos IgM, A pesar de esto, las pruebas no treponémicas si son útiles en lo que respecta al seguimiento y a la respuesta al tratamiento. ^(1, 22)

El Ministerio de Salud considera a un caso de Sífilis congénita a:

- Toda recién nacida o nacido, óbito fetal o aborto espontáneo, cuya madre tiene diagnóstico o sospecha de Sífilis y presenta una o más de las siguientes condiciones:
 - No recibió tratamiento con Penicilina Benzatínica durante el embarazo.
 - No recibió tratamiento completo de tres dosis de Penicilina Benzatínica 2'400,000 UI IM por semana por tres semanas.
 - La última dosis la recibió dentro de las cuatro semanas previas al parto.
- Toda recién nacida o nacido con títulos de RPR cuantitativo cuatro veces más altos que los títulos maternos (equivalente a dos diluciones). Ejemplo: madre 4 Dils/recién nacida o nacido 16 Dils.
- Toda recién nacida o nacido de madre con diagnóstico o sospecha de sífilis que presenta manifestaciones clínicas sugerentes de sífilis congénita al nacimiento, independiente del tratamiento recibido.
- Producto de la gestación con evidencia de infección por *Treponema pallidum* en estudios histológicos o visualización en campo oscuro de lesiones del *Treponema*.

- En toda recién nacida o nacido en el que se desconozca o no se disponga del estado serológico para Sífilis de la madre, se realizará una prueba de RPR para Sífilis. Si el resultado es reactivo se considerará neonato con Sífilis Congénita hasta obtener el resultado de la madre y la historia de tratamiento durante la gestación.⁽²³⁾

En el diagnóstico del recién nacido juega un papel muy importante la información que se pueda obtener de la madre. Así, se deberán tener en cuenta: antecedentes y/o identificación de sífilis en la madre; edad gestacional en que fue tratada; con qué medicamentos; y si se completó el tratamiento. El tratamiento de la gestante es inadecuado cuando se cumple cualquiera de las siguientes condiciones: una terapia con un antibiótico diferente a la penicilina; tratamiento tardío cuando el intervalo entre la aplicación de la última dosis de penicilina y la terminación de la gestación (parto o cesárea de gestación a término, pretérmino o aborto) es inferior a 30 días; tratamiento incompleto o inapropiado en dosificación e intervalo de aplicación, o sin registro o certeza de haberlo recibido.

El tratamiento de la sífilis gestacional es efectivo para prevenir la sífilis congénita si su administración se ha completado antes de las últimas cuatro semanas previas a la terminación de la gestación. Cuando en el tratamiento materno, la última dosis fue administrada en las últimas cuatro semanas previas a la terminación de la gestación se considera por criterio epidemiológico y el recién nacido es un caso de sífilis congénita y debe tratarse como tal.⁽²⁴⁾

Se recomienda que el seguimiento serológico se haga a los 3, 6 y 12 meses luego de finalizado el tratamiento. Así, toda embarazada con serología reactiva durante la gestación, sin importar los títulos, debe tener control mensual en su consulta prenatal con el propósito de detectar una reinfección o una reactivación de la enfermedad, que se evidencian por un aumento de los títulos hasta cuatro veces respecto del título basal. En caso de demostrarse lo anterior se recomienda realizar nuevo tratamiento con la aplicación semanal de Penicilina Benzatínica 2'400.000 unidades IM durante tres semanas. En ocasiones los títulos pueden aumentar luego del tratamiento, dada la producción de anticuerpos en respuesta a

los antígenos liberados, aunque este aumento no va más allá de 2 diluciones del título basal para luego comenzar a descender.⁽²⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo.^(26, 27) La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Ministerio de Salud la define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.⁽²⁸⁾ El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término.⁽²⁹⁾

Se ha descrito en la literatura que un control prenatal adecuado debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz: El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control, para la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.

Periódico o Continuo: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, se recomienda cada treinta días hasta el 6mo mes, del 7mo al 8vo.mes cada 15 días y luego cada semana durante el noveno mes del embarazo; en términos generales el número de controles de embarazo será mayor en aquellas pacientes que presenten factores de riesgo y menor en quienes no lo presenten.

Completo o Integral: Los contenidos del deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas las gestantes), se podría disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.⁽²⁹⁾

Por otro lado, ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia. Hasta algunos años la mayoría de modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no habían sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad, para solucionar esta escasez de evidencia, frente a ello se han realizado diversas investigaciones donde se comparan los clásicos modelos del control prenatal con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de visitas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado mejorar los resultados maternos y/o perinatales. Además, tanto las mujeres como los prestadores de salud en general se mostraron satisfechos con el nuevo modelo de la Organización Mundial de la Salud.⁽³⁰⁾ En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.⁽³¹⁾

El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal.⁽³²⁾

Es importante aclarar que el término control prenatal ha sido modificado en la Norma Técnica de la Atención Integral de Salud Materna del 2013 por el término “atención prenatal reenfocada”, el cual se define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, con la finalidad de brindar un paquete básico de intervenciones para la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, educación para el autocuidado y participación de la familia.⁽³⁶⁾

La nueva denominación de atención prenatal le confiere un concepto más amplio e integral por lo que en sentido estricto es más adecuado, que el término control prenatal.

Actualmente, se sospecha la existencia de un considerable subregistro y subnotificación de casos de sífilis en el embarazo, en un porcentaje que se supone elevado pero no se conoce su real dimensión.⁽³³⁾ Asimismo, el riesgo de infección fetal es muy alto en las madres con sífilis temprana y aunque en muchos casos la infección materna transcurre en forma subclínica, el feto puede presentar enfermedad grave teniendo en algunos casos como desenlace la muerte fetal mientras que en otros casos se reporta prematuridad, muerte neonatal o sífilis congénita no fatal.⁽³⁴⁾ La presente investigación tiene el objetivo de determinar si la atención prenatal insuficiente constituye un grado de riesgo alto para la presentación de sífilis congénita, ya que esta infección puede prevenirse casi por completo, si la madre recibe tratamiento adecuado y oportuno; es aquí donde la atención prenatal adquiere relevancia, ya que según la literatura, las gestantes infectadas con sífilis no reciben una adecuada atención prenatal, ya sea por las insuficientes atenciones recibidas o el ineficiente seguimiento del tratamiento y monitorización serológica; lo que provoca que se transmita en el recién nacido.⁽³⁵⁾ Finalmente, la información impulsa y justifica la relevancia de ejecutar esta propuesta de investigación como un aporte al conocimiento científico, puesto que existen escasos estudios publicados afines al tema a nivel nacional, más aun estudios en el Instituto Nacional Materno Perinatal donde evalúen el grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente para la presentación de sífilis congénita cuyas madres presentan sífilis gestacional. Sin embargo, esto impulsa y justifica la relevancia de ejecutar esta propuesta de investigación como un aporte al conocimiento científico, buscando fortalecer el ámbito de la investigación y procurando ser la base de nuevos proyectos.

Formulación del problema

¿La atención prenatal insuficiente constituye un grado de riesgo alto para la sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 – 2014?

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar el grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente para sífilis congénita en gestantes con sífilis atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 – 2014.

Objetivos específicos:

- Conocer si el número de atención prenatal insuficiente es un factor de riesgo para sífilis congénita en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014.
- Conocer si la falta de periodicidad de la atención prenatal es un factor de riesgo para sífilis congénita en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014.
- Conocer si el inicio tardío de la atención prenatal es un factor de riesgo para sífilis congénita en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014.

Definición de términos:

- **Edad gestacional:** Es el tiempo de duración de la gestación, medida a partir del primer día del último periodo menstrual normal, la edad gestacional se realiza en semanas completas. ⁽³⁶⁾
- **Parto:** Es la expulsión o extracción fuera del útero el producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso. ⁽³⁶⁾
- **Gestante controlada:** gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal. Ministerio de Salud. ⁽³⁶⁾
- **Tratamiento completo de sífilis gestacional:** cuando la gestante recibe 1 dosis de Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI por vía intramuscular semanal por 3 semanas. ⁽³⁷⁾

- **Atención prenatal periódico:** esta es una cualidad de la atención y se considerará que es periódico cuando cumpla lo siguiente:

- Atención mensual hasta las 32 semanas
- Atención quincenal entre las 33 – 36 semanas
- Atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto.⁽³⁸⁾

- **Atención prenatal precoz:** cuando la primera atención prenatal ocurre en el I trimestre de gestación.

- **Atención prenatal insuficiente:** cuando el número de controles prenatales durante toda la gestación es menor a 4.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de investigación

Estudio observacional.

2.2 Diseño

Estudio analítico – casos y controles, retrospectivo.

2.3 Población

La población se define como: Gestantes con sífilis gestacional diagnosticadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2010 a 2014 (unidad de análisis en plural) el tamaño de la población son 33 casos de sífilis gestacional.

2.4 Muestra

- **Unidad de análisis:** Gestante diagnosticada con sífilis gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2010 a 2014.
- **Tamaño de la muestra:** Según reportes por la Unidad de estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal proporcionó un listado de 68 historias clínicas de casos de sífilis gestacional durante el periodo comprendido entre el 2010-2014, sin embargo, en la recolección de datos se encontró que 35 historias clínicas correspondieron a otras Infecciones de Transmisión sexual distintas a la Sífilis gestacional, por lo que finalmente se analizaron 33 historias clínicas de pacientes con sífilis gestacional. Encontrando para el grupo caso: 25 pacientes cuyos hijos presentaron sífilis congénita; mientras que para el grupo control: 8 pacientes cuyos hijos no presentaron sífilis congénita, de los cuales solo el 21%; es decir 7 gestantes con sífilis recibieron atención prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, comprendiendo 4 pacientes al grupo caso y 3 al grupo control.
- **Tipo y técnica de muestreo:**
El tipo de muestreo fue no probabilístico y la técnica de muestro por conveniencia, considerando que se ha seleccionado solo un quinquenio de todos los posibles casos que existen en el universo. Si consideráramos solo el periodo de tiempo 2010 – 2014 no ameritaría seleccionar una muestra, porque se estaría recolectando toda la población.

- **Criterios de inclusión**

- Grupo caso**

- Paciente con diagnóstico de sífilis gestacional.
 - Paciente con atención de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
 - Paciente cuyo hijo fue diagnosticado con sífilis congénita (VDRL y FTA-abs positivos).

- Grupo control**

- Paciente con diagnóstico de sífilis gestacional.
 - Paciente con atención de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
 - Paciente cuyo hijo no presenta sífilis congénita (VDRL y FTA-abs negativos).

- **Criterios de exclusión**

- Paciente con aborto u óbito fetal.
 - Paciente con historia clínica incompleta, ilegible y con enmendaduras.

2.5 Variables

- Variable independiente**

- Atención prenatal insuficiente**

- Número de Atención prenatal
 - Periodicidad de la Atención prenatal
 - Inicio de la Atención prenatal

- Variable dependiente**

- Sífilis congénita.**

2.6 Técnicas e instrumentos

La técnica de recopilación de datos fue documental ya que se recolectó los datos de fuentes secundarias como son las historias clínicas de las pacientes con sífilis gestacional así como de los neonatos con sífilis congénita; para ello se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada de acuerdo a los objetivos del estudio

2.7 Procedimientos y análisis de datos

Procedimiento

La realización del presente trabajo de investigación requirió seguir con el siguiente plan de trabajo:

- Se presentó el proyecto al Comité de Investigación de la E.A.P de Obstetricia para su evaluación y aprobación, luego será elevado el proyecto de investigación a las autoridades correspondientes con el propósito de obtener Resolución de Decanato, lo cual evidenció la conformidad del protocolo, posteriormente se envió una solicitud al Director del Instituto Nacional Materno Perinatal para la aprobación de la ejecución del proyecto en dicha institución de salud.
- Se procedió a la selección de las historias clínicas según los criterios de inclusión y exclusión, para iniciar con el registro de datos en la ficha de recolección de datos (Anexo 6.2).
- Luego se procedió al registro de la información en la ficha de recolección de datos, de acuerdo a los objetivos y variables planteada. El responsable de la recolección fue la investigadora.

Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su evaluación y análisis.

Plan de análisis de datos

La información recogida fue ingresada a una base de datos en el programa IBM Statistics SPSS versión 20.0 para su análisis.

Lo que se pretende evidenciar es que si la atención prenatal insuficiente constituye un grado de riesgo alto para la sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 – 2014, a través de evaluar el $OR > 1$ como factor de riesgo en al menos de una de las variables relacionada a la atención prenatal (el número, periodicidad e inicio de la atención prenatal).

Para las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para las variables cualitativas: se determinaron frecuencias absolutas y porcentajes, asimismo se realizaron diagramas de barras. Para el análisis Inferencial de las variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-

cuadrado, con un nivel de significancia del 5%. Mientras que para las variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student. Además se calculó la medida de Odds Ratio (OR) para determinar si la atención prenatal insuficiente es un factor de riesgo para sífilis congénita, un $p < 0,05$ se consideró significativo.

2.8 Consideraciones éticas

El estudio por su diseño retrospectivo, no requiere la participación del paciente ni la manipulación de variables; solo se realizó la revisión de historias clínicas y registros del paciente, la cual se llevó a cabo cumpliendo la ley de protección de datos personales y de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las guías de Buena Práctica Clínica. Se tuvo presente que la identificación y datos de los pacientes son confidenciales por lo que se utilizó un código por paciente para evitar su identificación. Si el estudio llegara a ser publicado en una revista o medio de circulación no se revelará la identificación de los participantes.

3. RESULTADOS

Se analizaron 33 casos de sífilis gestacional atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2010-2014, las cuales se distribuyeron en 2 grupos de la siguiente manera, Grupo caso: 25 pacientes cuyos hijos tuvieron sífilis gestacional y 8 pacientes cuyos hijos no tuvieron sífilis congénita, de los cuales solo el 21%; es decir 7 gestantes con sífilis recibieron atención prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, comprendiendo 4 pacientes al grupo caso y 3 al grupo control.

Tabla 1. Características maternas de las gestantes con sífilis asociadas a sífilis congénita en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014

Características maternas	Sífilis Congénita				p
	Si		No		
	±DS	Min-Max	±DS	Min-Max	
Edad	26,0±7,1	17-40	22,5±8,5	15-37	0,251*
	N	%	N	%	
≤20 años	6	24,0	5	62,5	0,044**
>20 años	19	76,0	3	37,5	
Nivel de Instrucción					
Primaria	1	4,0	-	-	0,711**
Secundaria	23	92,0	8	100,0	
Superior Universitario	1	4,0	-	-	
Estado Civil					
Soltera	4	16,0	2	25,0	0,451**
Conviviente	17	68,0	6	75,0	
Casada	4	16,0	-	-	
Antecedente de consumo de drogas					
Si	2	8,0	-	-	-
No	23	92,0	8	100,0	
Total	25	100,0	8	100,0	

*Prueba t de student // ** Prueba Chi-cuadrado

En la tabla N° 1 se observa que las gestantes cuyos hijos tenían sífilis congénita presentaron una edad media de 26,0±7,1 años; mientras que las gestantes cuyos

hijos sin sífilis congénita fue $22,5 \pm 8,5$ años, encontrándose que no existe diferencias significativas ($p=0,251$). Además se observó que la edad de las gestantes menor o igual a 20 años se asocian de manera significativa ($p=0,044$) a sífilis congénita. Por otra parte el nivel de instrucción ($p=0,711$), el estado civil ($p=0,451$) y los antecedentes de consumo de drogas no se asocian a sífilis congénita.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes con sífilis asociadas a sífilis congénita en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014

Características obstétricas	Sífilis Congénita				P*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Parejas Sexuales					
≤2	17	68,0	6	75,0	0,708
>2	8	32,0	2	25,0	
Inicio de relaciones sexuales					
≤ 15 años	7	28,0	4	50,0	0,251
> 15 años	18	72,0	4	50,0	
Antecedentes de ITS					
Si	5	20,0	5	62,5	0,023
No	20	80,0	3	37,5	
Tipo de parto					
Vaginal	21	84,0	5	62,5	0,409
Cesárea	4	16,0	3	37,5	
Total	25	100,0	8	100,0	

* Prueba Chi-cuadrado

En la tabla N° 2 se observa que los antecedentes maternos de infecciones de transmisión sexual se asoció de manera significativa ($p=0,023$) a la sífilis congénita. En las gestantes cuyos hijos tuvieron sífilis congénita se encontró mayor frecuencia de parto por vía vaginal (84%).

Tabla 3. Factores de riesgo de la atención prenatal para sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014

Atención prenatal	Sífilis Congénita				P*	OR**
	Si		No			
	N	%	N	%		

Atención Prenatal insuficiente (<4 Atenciones Prenatales)						
Si	6	24,0	1	12,5	0,489	
No	19	76,0	7	87,5		
Falta de Periodicidad de la Atención Prenatal						
Si	15	60,0	1	12,5	0,019	2,21 (0,22 - 21,78)
No	10	40,0	7	87,5		
Inicio tardío de la Atención Prenatal						
Si	13	52,0	3	37,5	0,758	
No	12	48,0	5	62,5		
Total	25	100,0	8	100,0		

* Prueba chi-cuadrado // ** Odds Ratio

En la tabla N° 3 en cuanto a las características de la atención prenatal, se encontró que la falta de periodicidad de la atención prenatal (OR=2,21; IC=0,22-21,78) es un factor de riesgo para la sífilis congénita. Mientras que en control insuficiente (p=0,489) y el inicio tardío de la Atención prenatal (p=0,758) no fueron factores de riesgo para la sífilis congénita.

Tabla 4. Factores de riesgo en el diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional para el desarrollo de sífilis congénita en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014.

Dx y tratamiento de la sífilis	Sífilis Congénita				P	OR
	Si		No			
	N	%	N	%		
Diagnóstico tardío						
Si	15	60,0	1	12,5	0,019	10,5 (1,12-98,91)
No	10	40,0	7	87,5		
Tratamiento incompleto						
Si	24	96,0	2	25,0	< 0,001	72 (5,56-932,99)
No	1	4,0	6	75,0		
Falta de tratamiento de la pareja						
Si	22	88,0	5	62,5	0,104	-
No	3	12,0	3	37,5		
Total	25	100,0	8	100,0		

* Prueba chi-cuadrado // ** Odds Ratio

En la tabla N° 4 el diagnóstico tardío de la sífilis gestacional (OR=10,5; IC=1,12-98,91) y el tratamiento incompleto de la sífilis gestacional (OR=72; IC=5,56-932,99) fueron factores de riesgo para sífilis congénita.

Tabla 5. Últimas dosis del tratamiento para sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014

Última dosis de tratamiento	Sífilis Congénita			
	Si		No	
	N	%	N	%
< 4 semanas antes del parto	24	96,0	3	37,5
> 4 semanas antes del parto	1	4,0	5	62,5
Total	25	100	8	100

En la tabla N° 5 la mayoría de gestantes con hijos que tuvieron el diagnóstico de sífilis congénita recibieron su última dosis de tratamiento para sífilis menos de 4 semanas antes del parto (96,0%).

Tabla 6. Sífilis congénita según el inicio de tratamiento de la sífilis gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014

Inicio de tratamiento para Sífilis	Sífilis Congénita			
	Si		No	
	N	%	N	%
I Trimestre	-	-	1	12,5
II Trimestre	1	4,0	2	25,0
III Trimestre	7	28,0	3	37,5
Postparto	17	68,0	2	25,0
Total	25	100,0	8	100,0

En la tabla N° 6 como se puede apreciar, no hubo ningún caso de gestantes que iniciaron su tratamiento para sífilis en el I trimestre, en el segundo trimestre se dio tratamiento a 3 gestantes, en el III trimestre a 10 gestantes, la mayoría de casos de pacientes con sífilis recibieron tratamiento en el postparto, a medida que se retrasa el tratamiento de sífilis durante la gestación se aprecia mayor número de casos de sífilis congénita.

Tabla 7. Retraso del inicio de tratamiento de la sífilis gestacional en pacientes con diagnóstico de sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014.

Diagnóstico de Sífilis	Inicio de tratamiento para Sífilis								Total
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		Postparto		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
I Trimestre	1	33,3	-	-	1	33,3	1	33,3	100,0
II Trimestre	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	100,0
III Trimestre	-	-	-	-	8	80,0	2	20,0	100,0
Postparto	-	-	-	-	-	-	16	100,0	100,0

En la tabla N° 6, se aprecia que las gestantes que fueron diagnosticadas de sífilis presentaron un retraso en el inicio de su tratamiento, donde 2 (20,0%) gestantes que fueron diagnosticadas de sífilis en el tercer trimestre iniciaron su tratamiento en el postparto, similar resultado fue en el segundo trimestre, donde hubo 1(25,0%) gestante que inició su tratamiento en el tercer trimestre. Además en el primer trimestre que fueron diagnosticadas las gestantes de sífilis, hubo 1 (33,3%) gestante que inicio su tratamiento en el tercer trimestre y 1 (33,3%) que inicio su tratamiento en el postparto.

4. DISCUSIÓN

La sífilis gestacional es un problema de salud pública debido a la morbilidad perinatal que ocasiona, además de evidenciar desigualdades sociales en la prevención, diagnóstico y tratamiento que toda gestante tiene derecho a recibir si presenta dicha ITS, sin embargo, por barreras en el acceso a los servicios sanitarios, económicos o educativos muchas gestantes no reciben un tratamiento oportuno intensificando el riesgo de contagio vertical a su hijo durante la gestación.⁽⁹⁾

En esta investigación se presentó 33 casos de mujeres con sífilis gestacional atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de las cuales solo el 21% recibió la atención prenatal en dicha institución, con el objetivo de identificar aquellas características de la atención prenatal de gestantes con sífilis que constituyen un alto riesgo de desarrollar sífilis congénita, en los resultados se evidenciaron que el número de atenciones prenatales menor de 4 durante toda la gestación no se asoció al evento de sífilis congénita, así como tampoco el inicio tardío de la atención prenatal, sin embargo, la falta de periodicidad de las atenciones prenatales según lo recomendado para cada trimestre si constituyó un factor de riesgo para sífilis congénita.

Según el estudio de Fonseca, S., *et al*,⁽¹⁴⁾ refieren que el 22,7% de las gestantes con sífilis presentaron menos de 4 controles prenatales, el 39,9% tuvieron de 4 a 6 visitas prenatales y el 36,3% asistió a más de 7 visitas, sin embargo, no hubo asociación entre el número de controles prenatales y la presencia de sífilis congénita; los autores refieren que no solo el número de controles prenatales condiciona este evento sino también las desigualdades sociales que afectan el acceso a los servicios básicos necesarios que requieren las gestantes. Al respecto Revollo, R., *et al*,⁽²⁰⁾ en su estudio realizado en Bolivia refieren que la cobertura de la atención prenatal es del 70,5% y que todavía existe una proporción de mujeres que acuden al parto institucional sin contar con tamizaje previo para sífilis.

Aguilar, R. ⁽²¹⁾ en su estudio refiere que el 61% de las gestantes con sífilis tuvieron de 1 a 5 controles prenatales pero no manifiesta alguna relación entre este factor y la sífilis congénita.

Nuestros resultados y la evidencia disponible no pretende restarle la calidad e importancia de las atenciones prenatales pues a mayor número de visitas prenatales existe un mayor número de oportunidades para brindar una atención de calidad al binomio madre – niño, así como identificar conductas de riesgo, mantener actualizados los exámenes de laboratorio de rutina que se exige a toda gestante y aprovechar los espacios para brindar orientación y consejería sobre las infecciones de transmisión vertical que pueden ocurrir durante la gestación, el parto y el postparto.

Respecto a ello, Garlow, M., *et al*, ⁽¹³⁾ en su estudio de recurrencia de sífilis congénita en embarazos sucesivos manifiestan que la ausencia o insuficiencia de la atención prenatal es un factor principal de riesgo para sífilis congénita, además refieren que la falta de información sobre el tratamiento previo a la enfermedad es una causa importante de desarrollo de sífilis congénita.

Qin, J., *et al*, ⁽¹⁴⁾ refieren que en aquellas gestantes con sífilis que tuvieron un inicio tardío de la atención prenatal o en su defecto la ausencia de atenciones prenatales son las que principalmente presentaron pérdidas del embarazo o discapacidad infantil por la transmisión vertical.

Respecto al diagnóstico y tratamiento de la sífilis durante la atención prenatal se obtuvo que el diagnóstico tardío de la sífilis gestacional, es decir su identificación en el postparto, así como recibir un tratamiento incompleto para combatir la sífilis constituyen factores de riesgo para el desarrollo de sífilis congénita, no se encontró asociación entre la falta de tratamiento en la pareja con el evento de sífilis congénita. Aguilar, R, ⁽²¹⁾ manifiesta que en el 67,7% de las pacientes se identificó la sífilis en la etapa post parto. Franca, I., *et al* ⁽⁹⁾ en su estudio manifiestan que el tratamiento fue insuficiente en el 64,5% y que no se brindó tratamiento a la pareja en el 85,7% de los casos. En el estudio de Matos, C., *et al*, ⁽¹⁸⁾ ponen de manifiesto que el diagnóstico de sífilis se realizó en el tercer trimestre del embarazo en el 41,7% y en el postparto (38,9%), el 47,2% de las madres no recibió tratamiento durante el embarazo.

Esto evidencia que existe una elevada frecuencia de casos de sífilis gestacional que son diagnosticados tardíamente por lo que aumenta la posibilidad de sufrir sífilis el recién nacido, además de secuelas graves en los niños, este punto requiere de mejoras en la atención prenatal por lo que el profesional encargado de la atención materna debe tener una buena capacitación para disminuir esta problemática. Solo mejorando la calidad de la atención prenatal, la captación de gestantes y su acceso a los servicios de salud se logrará disminuir la sífilis congénita y gestacional.

Un punto importante de resaltar sobre los resultados hallados en la investigación es sobre el seguimiento y tratamiento del contacto, pues se evidenció que casi en el 90% de los casos con sífilis congénita no se brindó un tratamiento para sífilis a la pareja de la gestante, esto evidencia que existe una falta de interés por captar este grupo de personas a pesar que se conoce del riesgo de reinfección a la gestante luego de recibir tratamiento, o de un siguiente contagio en la gestación sucesiva.

También se evidenció en algunos casos retrasos en el inicio del tratamiento para la sífilis gestacional a pesar que se tenía disponible previamente el diagnóstico de sífilis, tal es el caso de una paciente que fue diagnosticada con sífilis gestacional durante el I trimestre de embarazo, sin embargo, el inicio del tratamiento lo recibió en el postparto y así se puede evidenciar otros casos que se diagnosticó en el segundo trimestre y su tratamiento se inició recién en el tercer trimestre; estas evidencias demuestran que existen algunas barreras de acceso que están retrasando la terapéutica de la sífilis gestacional aumentando el riesgo de sífilis congénita en el recién nacido, pues los mismos datos del estudio evidencian que mientras más se tarda en iniciar el tratamiento contra la sífilis mayor es el número de casos de sífilis congénita.

Existen muchos puntos que mejorar en la atención de gestantes con sífilis para brindar una atención de calidad a estas pacientes y disminuir la frecuencia de eventos de sífilis congénita, en el que todos los profesionales encargados de salud materna infantil deben de trabajar de forma integral para cumplir dicho propósito.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente en las gestantes con sífilis se evidencia con la falta de periodicidad de la atención prenatal que tiene por (OR=2.21).
- El número de atención prenatal insuficiente, es decir menor de 4 atenciones prenatales durante toda la gestación, no resultó ser un factor de riesgo para sífilis congénita, además se observó que de todos los casos de sífilis congénita el 76% recibió de 4 a más atenciones prenatales.
- La falta de periodicidad de la atención prenatal es un factor de riesgo para sífilis congénita (OR=2,21). Se observó que en el 60% de los casos de sífilis gestacional no asistieron de forma periódica a sus controles prenatales según lo establecido por el Ministerio de Salud.
- El inicio tardío de la atención prenatal, es decir después del primer trimestre de gestación, no resultó ser un factor de riesgo para sífilis congénita.

5.2 Recomendaciones

- Mejorar la calidad de atención brindada en la atención prenatal para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno a las gestantes con sífilis, así como concientizarlas sobre la adopción de conductas saludables para la madre y su niño.
- Impulsar las actividades educativas que sensibilicen a la población y las gestantes sobre el desarrollo de la sífilis, prevención y contagio para la adopción de conductas saludables en el ámbito sexual. Además mediante charlas educativas se debe concientizar a la población sobre la importancia de recibir atención prenatal de forma periódica, pues en cada uno de las atenciones se realizan actividades para evaluar el bienestar madre-niño, así como las solicitudes y actualizaciones de RPR/VDRL, VIH, citas a actividades como Psicoprofilaxis, entre otras actividades. Más aún en casos de gestantes con sífilis, la atención prenatal se debe realizar de forma más personalizada y estricta para disminuir todos los posibles factores que puedan aumentar las probabilidades de contagio de sífilis hacia el bebé.
- Fortalecer los programas y actividades de diagnóstico precoz de sífilis, ya que mientras más tarde la mujer en ser diagnosticada de sífilis mayor será la probabilidad que su hijo presente sífilis congénita.
- Realizar un mayor control y seguimiento de los contactos de las gestantes con sífilis pues los resultados del estudio evidenciaron que el 90% de los contactos no se les brindó tratamiento para sífilis y esto constituye una fuente importante de reinfección para ellos y por ende a la gestante o nuevos contactos.
- Implementar medidas que faciliten el acceso de las gestantes con sífilis hacia un tratamiento rápido y oportuno, ya que se encuentran casos de retraso del tratamiento para sífilis a pesar de un diagnóstico previo.
- Desde el punto de vista estadístico se sugiere realizar estudio multicéntricos a nivel nacional que permitan ampliar el tamaño de la muestra para obtener datos con mayor representatividad para el país.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samalvides, F., Banda, C. Sífilis en la gestación. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010; 56: 202-208.
2. Calderón, R., Ponce, O., Tapia, J. C., García, P. Aplicación de pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis en zonas rurales. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública.* 2012; 29 (1): 160-161.
3. Newman, L., Kamb, M., Hawkes, S., Gomez, G., Say, L., Seuc, A., *et al.* Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med.* 2013; 10 (2): e1001396.
4. Gonzáles, G., Tapia, V., Serruya, S. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública.* 2014; 31 (2): 211-221.
5. Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2008.
6. Galbán, E., Benzaken, A. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y El Caribe: año 2006. *J bras Doenças Sex Transm* 2007; 19 (3-4): 166-172.
7. Reyes, A., Chorbadian, G., Parada, A., Turrys, J., Bravo, N., Araya, C. Sífilis congénita: Optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas. *Rev. Chil. Infectol.* 2004; 21(4): 307-311.
8. Araujo, C., Shimizu, H., Sousa, A., Hamann, E. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relacao com a Estratégia Saúde de Família. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46 (3): 479-486.
9. Franca, I., Batista, J., Coura, A., Oliveira, C., Araújo, A., Sousa, F. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste Rev Rene*, 2015; 16 (3).
10. Garlow, M., Holmer, H., Gastal, E. Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis. *Ciencia and saude coletiva.* 2015; 20(9): 2867-2878.

11. Qin, J., Feng, T., Yang, T., Hong, F., Lan, L., Zhang, et al. Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: a prospective nested case-control study. *Sexually transmitted diseases*. 2014, 41 (1): 13-23.
12. Qin, J., Feng, T., Yang, T., Hong, F., Lan, L., Zhang, C. Maternal and paternal factors associated with congenital syphilis in Shenzhen, China: a prospective cohort study. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases*. 2014; 33 (2), 221-232.
13. Da Silva, I., Santana, R. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014; 23 (2): 287-294.
14. Fonseca, S., Oliveira, L. M., Almeida, N. M., Silva, K. S., & Kale, P. L. Incidence of congenital syphilis in a metropolitan region of Rio de Janeiro state: social inequalities. *Journal brasuleiro*. 2013; 25 (1).
15. Matos, C., Pérez, L. Sífilis congénita en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2006–2007. *Revista salud UIS*. 2014; 45 (3).
16. García, L., Almanza, R., Miranda, C., Gaviria, J., Julio, J., Paternina, M., Suárez, L. Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia). *Rev Cult Ciudad Enferm* 2011; 8 (1): 34-41.
17. Revollo, R., Tinajeros, F., Hilari, C., García, S., Zegarra, L., Díaz, C., *et al.* Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. *Rev Salud Pública Mex* 2007; 49: 422-428.
18. Aguilar, R. Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. [Tesis de grado] Lima: Universidad NACIONAL mayor de San Marcos, 2014.
19. Chin, J. El control de las enfermedades transmisibles. 17a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001. (Publicación Científica y Técnica 581).
20. Walker, D., Walker, G. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infect Dis* 2002; 2 (7): 432-436.
21. Rivera. M. Sífilis Congénita. *Honduras Pediátrica*. 2003; 23 (2).

22. Tinajeros, F., Grossman, D., Richmond, K., Steele, M., García, S., Zegarra, L., et al. Diagnostic accuracy of a point-of-care syphilis test when used among pregnant women in Bolivia. *Sex Transm Infect.* 2006; 82 Suppl 5: 17-21.
23. MINSA. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis. Perú. 2014.
24. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Sífilis congénita y gestacional. Colombia, 2007.
25. Álvarez, G., Salazar, S., Bocanegra, C. Guía para el diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo, y prevención de la sífilis congénita. 1ª. Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. 2012.
26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza); 2005.
27. Boulet, S., Parker, C., Atrash, H. Preconception care in international settings. *Matern Child Health J* 2006; 10: S29-S35.
28. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2004.
29. Díaz, S., Girart, J. Control prenatal como antecedente de importancia en la morbilidad neonatal Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" – Barcelona, octubre – diciembre del 2008. [Tesis de grado] Barcelona: Universidad de Oriente, 2009.
30. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Ginebra-Suiza: OMS. 2002.
31. Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., Rojas, J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered* 2011; 22 (4): 169-175.
32. Campbell, O., Graham, W. The Lancet Maternal Survival Series steering group: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368: 1284-1299.
33. Ministerio de Salud del Perú, Arachu Castro y Utpal Sandesara, ONUSIDA, OMS, UNICEF. Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú. 1ra. Edición, editorial Socios en salud Sucursal Perú, Lima- Perú, 2009.

34. Restrepo, Á. Fundamentos de Medicina, Enfermedades Infecciosas. Sexta edición. Medellín, Colombia 2003. p. 480.- 483.
35. Estrada, S. Sífilis congénita: El Diagnóstico Clínico y de Laboratorio es un Reto para el Médico. 1996. p. 12.
36. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 827-2013. Norma Técnica de salud para la atención integral de Salud Materna.
37. Ministerio de Salud. NTS 108-Minsa/DGSP-V.01. Norma Técnica de salud para la prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la sífilis. 2014.
38. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 2004.

7. ANEXOS

Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

GRADO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN PRENATAL INSUFICIENTE PARA LA SÍFILIS CONGÉNITA EN GESTANTES CON SÍFILIS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2010-2014

Número de FICHA: _____ Fecha de recolección: _____

ID: _____

1. Sífilis congénita: Grupo caso: Sí ()
Grupo control: No ()
2. **Características generales**
 - Edad materna _____
 - Nivel de instrucción:
Sin Instrucción () Primaria Completa () Secundaria Completa ()
Superior Técnico () Superior Universitario ()
 - Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada () Viuda ()
 - N° de parejas sexuales: _____
 - Inicio de relaciones sexuales: _____
 - Antecedente de ITS: Sí () Especificar: _____
No ()
 - Antecedente de consumo de drogas:
No ()
Sí () alcohol () tabaco () alucinógenos ()
Otros () (especificar): _____
 - Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()
3. **Características de la atención prenatal**
 - Número de atenciones prenatales: _____
Ninguno () Insuficiente < 4 () controlada ≥ 6 ()
 - Periodicidad de la atención prenatal:
Periódico () mensual: hasta las 32 sem / quincenal: 33-36 sem / semanal: 37- parto
No periódico () > mes: hasta las 32 sem / > quincena: 33-36 sem / > semana: 37- parto
 - Inicio de la atención prenatal: Precoz : I trimestre ()
Tardío: II trimestre o III trimestre ()
 - Diagnóstico de Sífilis:
I trimestre () II trimestre () III trimestre () Postparto ()
Edad gestacional: _____
Edad gestacional de último control: _____
Inicio de Tratamiento para Sífilis:
I trimestre () II trimestre () III trimestre () Postparto ()
Edad gestacional: _____
 - Cumplimiento del tratamiento para Sífilis en la atención prenatal:
Completo: 3 dosis () Incompleto: < 3 dosis ()
 - Última dosis de tratamiento para sífilis:
> 4 semanas antes del parto ()
≤ 4 semanas antes del parto ()
 - Tratamiento para Sífilis en la pareja durante la gestación: Sí () No ()

(*) Tratamiento completo: cuando se aplicó las 3 dosis antes del parto / Tratamiento incompleto: cuando se aplica menor a 3 de dosis al parto o se aplicó 1 dosis 4 semanas antes del parto.

Anexo N° 2 Operacionalización de variables

VARIABLE	VARIABLES	DEFINICIÓN O CONCEPTO OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPOS	GRADO DE ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES DE VARIABLES
Variable independiente	Atención prenatal insuficiente	Son aquellos cuidados recibidos durante la atención prenatal que no cumple con los estándares establecidos en las normas y guías técnicas de atención en la gestante.	Número de atención prenatal	Cuantitativa	Razón	Ninguno: 0 Insuficiente: <4 Controlada ≥ 6
			Periodicidad de la atención prenatal	Cualitativa	Nominal	Periódico: Atención mensual hasta las 32 sem Atención quincenal entre las 33-36 sem Atención semanal 37-parto No periódico: Intervalo de atención mayor a 1 mes hasta las 32 semanas. Intervalo de atención mayor a 15 días entre las 33-36 sem Intervalo de atención mayor a 1 semana entre las 37-parto
			Inicio de la atención prenatal	Cualitativa	Nominal	Precoz (I trimestre) Tardío (II o III trimestre)
Variable dependiente	Sífilis congénita	Recién nacido de una mujer con prueba serológica positiva para sífilis en el momento del parto que no recibió un tratamiento adecuado durante el embarazo.	Sífilis congénita	Cualitativa	Nominal	Si / No

Anexo N° 3 Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Población y Muestra
PROBLEMA GENERAL ¿La atención prenatal insuficiente constituye un grado de riesgo alto para la sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 – 2014?	OBJETIVO GENERAL: *Determinar el grado de riesgo de la atención prenatal insuficiente para sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 – 2014. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: * Conocer si el número de atención prenatal insuficiente es un factor de riesgo para sífilis congénita en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014. * Conocer si la falta de periodicidad de la atención prenatal es un factor de riesgo para sífilis congénita en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014. * Conocer si el inicio tardío de la atención prenatal es un factor de riesgo para sífilis congénita en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010-2014.	La atención prenatal insuficiente constituye un grado de riesgo alto para la sífilis congénita en gestantes con sífilis atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 – 2014.	Población: Gestantes con sífilis gestacional diagnosticadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2010 a 2014, las cuales son 33 pacientes con sífilis gestacional. Muestra: En el estudio participarán 2 grupos; distribuidos de la siguiente forma: Grupo Caso: 25 pacientes cuyos hijos presentaron sífilis congénita. Grupo control: 8 pacientes cuyos hijos no presentaron sífilis congénita.
		Variables e indicadores	
		Variable independiente: Atención prenatal insuficiente.	
		Variable dependiente: Sífilis congénita.	
		Métodos y técnicas	
		Tipo y diseño de investigación: Tipo de investigación: Observacional Diseño: Analítico de Casos y controles, retrospectivo. Instrumento: -Ficha de recolección de datos	

Anexo N° 4 Ficha de Juicio de Expertos

FICHA DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Experto N°.....

Nombres y Apellidos.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación.			
3. El instrumento responde a la operacionalización de las variables.			
5. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y comprensibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			
9. Se debe incrementar el número de ítems			
10. Se debe eliminar algunos ítems.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

.....
FIRMA